

## Personlighedsforstyrrelser

Det følgende er en gennemgang af personlighedsforstyrrelserne i DSM-IV til brug for undervisning i psykiske vanskeligheder for misbrugsbehandlere. Det meste af teksten er en typisk gennemgang af diagnoser, undersøgelser, specielle problemer i diagnostik og sammenhæng. Indledningen er dog nogle mere højtsvævende overvejelser over personlighed og personlighedspatologi, som adskiller sig meget fra det følgende.

### En metaforisk indledning – normal og afvigende personlighed

Et menneskes personlighed kan ses som et landskab. At kende et menneske, er så at kende dette krinkelkrogene i dette menneskes landskab. At vide, hvor der er stormfuldt og rå klipper, og hvor der er rolige pletter; at vide, hvornår man ikke skal gå ud men blive inde, og at vide, hvilke ture der er gode at gå, og hvilke der ender i mudder. Nogle mennesker har en personlighed som et roligt landskab: dyrkede marker, små bække, landsbyer, lunde med godt med læ, og ikke meget vildt terræn. Andre har en personlighed som et bjerglandskab, stormomsuste klippeøer, eller vilde jungler. Hver personlighed har sine charmer, og sine begrænsninger.

Og ethvert landskab kan ændre sig, hvis storme raser, eller jordskælv ryster grunden. Ligesom der i ethvert landskab er større eller mindre mulighed for, over tid, at kultivere områder, bebygge dem smukt eller grimt, og for at øge eller mindske charmen ved dem, og muligheden for at mennesker kan bo og leve der.

Om et menneskes personlighed skal opfattes som ”forstyrret” kommer an på, om det menneske kan fungere tilfredsstillende i hverdagen, og hvordan det er for andre at færdes sammen med dette menneske i hverdagen. Og hvad er så hverdagen? Hvor store storme skal der rase, før landskabet bliver ubeboeligt? Hvor store jordskælv skal man forvente at der kommer? Skal vi forvente, at man med overskud og overblik kan håndtere en skilsmisse efter 10 års ægteskab der afsluttes på grund af partnerens utroskab? Skal vi forvente, at man uden at miste besindelsen kan modtage trusler på livet? At opdage en rotte i sit soveværelse? Eller at blive fyret fra sit job? Hvem er det, som fungerer så dårligt generelt, som er så dårligt i stand til at klare hverdagen, at vi kan tale om en form for sygdom eller forstyrrelse?

At studere personlighedsforstyrrelser besvarer ikke disse spørgsmål. Det er i bund og grund kliniske spørgsmål, det vil sige spørgsmål, som afhænger af en vurdering i behandlingsarbejdet mellem en behandler og en klient. Det er naturligvis også spørgsmål, som vi skal tage stilling til i forskningen, men det er mere af praktiske grunde.

At studere personlighedsforstyrrelser kan lære os noget om landskabstyper; men en landskabstype er ikke et landskab. At høre en betegnelse der hedder ”Et bjergområde med nåletræer og op til 1500 meters højde” er ikke det samme som at kende et konkret bjergområde. Det er ikke det samme som at have stået på toppen af det 1500 meter og have skuet ud over landskabet, eller som have vandret mellem træerne i det pågældende område, set dyrelivet, eller som at have boet der, og kende til vejret og årstidernes skiften i det pågældende område. Det fortæller os ikke, om der er søer i området, om man i givet fald kan bade eller fiske i disse søer. Dertil må man selv rejse ind i landskabet – man må lære det enkelte menneske at kende.

Theodore Millon har givet den metafor, at personligheden kan opfattes som vores immunsystem, mens de mere ”akutte” lidelser som angst, depression og psykoser, kan

opfattes som infektioner. Vores immunsystem kan slå infektioner ned, men det kan også selv blive belastet af visse typer af infektioner.

Hvordan og hvorfor vi skal og kan forsøge at hjælpe mennesker med forskellige landskabstyper til at indrette sig i deres landskab, og måske kultivere det og ændre det over tid, vil afhænge af, hvad relationen er mellem en behandler og en klient. Denne tekst kan blot hjælpe den enkelte behandler til bedre at forstå en måde at beskrive personlighedens landskaber på: personlighedsforstyrrelserne.

## Hvad er den officielle definition af en personlighedsforstyrrelse?

### **DSM-IV**

En personlighedsforstyrrelse er i ”The Diagnostic and Statistical Manual”, 4. udgave (DSM-IV, udgivet af den amerikanske psykiaterforening) defineret som:

”A. Et vedvarende mønster af indre oplevelse og adfærd, der afviger markant fra forventningerne i individets kultur.

Mønsteret manifesterer sig på to eller flere af de følgende områder: tænkning, følelser, mellemmenneskelige forhold, og impuls kontrol.” (DSM-IV).

Det forudsættes endvidere at:

- Det vedvarende mønster er ufleksibelt og går på tværs af personlige og sociale situationer.
- Der er betydeligt ubehag eller alvorlige problemer i social funktion, beskæftigelse eller andre vigtige områder af funktion forbundet med mønsteret.
- Mønsteret er stabilt og langvarigt, og dets begyndelse kan spores tilbage til puberteten eller tidligt voksenliv.
- Mønsteret er ikke bedre forklaret som et udtryk for andre tilstande, som hjerneskade, arvelige sygdomme, eller stofmisbrug.”

### **ICD-10**

I det internationale klassifikationssystem ICD-10 defineres personlighedsforstyrrelser som:

”En svær forstyrrelse i den enkeltes karakterologiske konstitution og adfærdstendenser, som almindeligvis involverer flere områder af personligheden, og næsten altid er forbundet med betydelig personlig og social malfunktion.

Personlighedsforstyrrelser tenderer til at vise sig i den sene barndom og tidlige ungdom, og fortsætter med at være fremherskende ind i voksenårene. Det er derfor usandsynligt, at det vil være rimeligt at diagnosticere personlighedsforstyrrelser før patienten er 16 eller 17 år. Generelle diagnostiske retningslinier for alle personlighedsforstyrrelser inkluderer:

Tilstanden er ikke direkte henførbart til alvorlig hjerneskade eller sygdom, eller til anden psykiatrisk sygdom, og følgende kriterier er opfyldt:

- (a) markant uharmoniske holdninger og adfærd, som almindeligvis involverer flere områder af funktion, eksempelvis følelsesliv, stimulation, impuls kontrol, måder at opleve og tænke og relationsstil.
- (b) Det unormale adfærdsmønster er vedvarende, har været til stede længe, og er ikke begrænset til tider med psykisk forstyrrelse.
- (c) Mønsteret er gennemgribende, og helt tydeligt dårligt tilpasset i en bred vifte af personlige og sociale situationer.
- (d) Manifestationerne starter altid i barndommen eller den tidlige ungdom, og fortsætter ind i voksenårene.

- (e) Forstyrrelsen medfører betydelig personlig belastning, men dette kan kun være tydeligt på et fremskredent stadie.
- (f) Forstyrrelserne er almindeligvis, men ikke altid, forbundet med betydelige problemer i jobmæssig og social ydelse.”

Som det ses overlapper de to definitioner kraftigt. Begge deler opfattelsen af personlighedsforstyrrelser som vedvarende, omfattende og dybtgående, i modsætning til såkaldte kliniske syndromer som angst, depression, og de alvorlige sindslidelser. På en måde kan man sige, at man kan skelne personlighedsforstyrrelser fra kliniske syndromer ved at spørge: ”Hvornår begyndte problemerne?” Hvis der findes et svar på dette spørgsmål, så er der tale om et klinisk syndrom. Findes der ikke et svar, så er der tale om en personlighedsforstyrrelse.

## **Hvad skal vi med personlighedsforstyrrelser i behandlingsarbejde?**

Personlighedsforstyrrelser er blevet kritiseret for mange ting: for at være ustabile og usikre diagnoser. Det ses meget ofte, at en person får flere forskellige personlighedsdiagnoser, ofte op til 4, når man anvender standardiserede redskaber. De er blevet kritiseret for at være stemplende og negative for den der modtager diagnosen. For at være prægede af moralske fordomme, i stedet for et udtryk for reelle problemer. For at være en måde at skubbe de besværligste klienter ud af forskellige behandlingssystemer. Og meget andet.

Rent videnskabeligt er der dog støtte for især visse af personlighedsforstyrrelserne. Der er blandt andet belæg for, at personlighedstræk kan være en stærk forudsigelse af tilbagefald til voldelig kriminalitet.

Spørgsmålet om, hvorvidt personlighedsforstyrrelser er relevante for behandlingsarbejde må imidlertid afhænge af, om de kan fortælle os noget om klienter, som kan hjælpe disse klienter til at få det bedre.

Der findes relativt få, veludførte undersøgelser af behandlingseffekt, som tager udgangspunkt i brug af personlighedsundersøgelser til at matche til behandling.

Patricia Conrod og hendes kolleger<sup>1</sup> fordelte stof- og alkoholmisbrugere til forskellige typer af behandling: En gruppe fik en standardbehandling, en gruppe fik en behandling, der var skræddersyet efter personlighedsprofilen, og en gruppe fik en behandling af samme slags, som den ”skræddersyede”, men tilpasset en helt anden behandlingsprofil end deres egen. De fire profiler var ”impulsive”, personer der havde problemer med aggression og impuls kontrol, ”håbløse”, depressive og demoraliserede personer, ”ængstelige” med højt vedvarende angstniveau, og ”stimulussøgende”, nysgerrige, oplevelsessøgende. Til hver type svarede nu en bestemt behandlingsmanual. Gruppen fandt en forholdsvis stor forskel i effekt.

Ringgården på Fyn har forsøgt at anvende mål for personlighedsforstyrrelser direkte i behandlingsarbejdet. Klienterne udfyldte et spørgeskema designet til at måle personlighedsforstyrrelser, og igennem feedback til klienten og tilpasning af behandlingsplanen blev denne anvendt i behandlingsarbejdet i døgnregi. Også her

---

<sup>1</sup> Conrod, P.J.; Stewart, S.H.; Pihl, R.O.; Côté, S; Fontaine, V; Dongier, M (2000): Efficacy of Brief Coping Skills Interventions That Match Different Personality Profiles of Female Substance Abusers. Psychology of Addictive Behaviors. Vol. 14:231-242

fandt de større effekt for den gruppe, der fik behandling tilpasset ud fra personlighedsprofilen.

Der findes således en gryende forskning, der viser at behandling der er matchet til en bestemt personlighedsprofil kan være bedre, end en standardbehandling, der ikke tager hensyn til personlighedstræk.

## **Personlighedsforstyrrelsernes hovedgrupper**

Der opereres med tre grupper af forstyrrelser i det amerikanske DSM (fra og med DSM-III i 1980): (a) Sære, (b) vilde og (c) ængstelige.

### **Gruppe A. De sære typer**

Der er tre personlighedsforstyrrelser listet under de "sære typer": paranoid, schizoid og schizotypisk.

Fællesnævneren for disse tre grupper er en grundlæggende afsondrethed fra andre mennesker. Personer der primært har en af disse tre forstyrrelser er uvillige til at indgå kontakt, og vil sjældent tale om deres følelsesliv. Deres tankegang er anderledes end andres, og de deler sjældent deres tanker med andre. De har typisk mærkelige forestillinger, og har tit en klar fornemmelse af, at deres indre verden ikke "tåler dagens lys".

At være **paranoid** betyder at være præget af mistænksomhed, ikke bryde sig om at skulle have tillid, jalousi, og en konstant nagende tvivl om andre mennesker er til at stole på. Man håndterer et indre kaos igennem at tilskrive andre onde hensigter eller utilstrækkelighed, og vender aggressionen mod disse andre. Forstyrrelsen er ikke karakteriseret ved egentlige vrangforestillinger. Paranoide forestillinger har stærke overlap med blandt andet borderlinepersonlighed og antisocial personlighed. Den deler med disse en stærk tendens til at se andre som truende, fjendtlige og uforudsigelige, og samtidig på den anden side som kilder til opfyldelse af egne behov. Der er også et vist overlap mellem paranoid personlighedsforstyrrelse og schizotypisk og undgående personlighedsforstyrrelse.

At være **skizoid** betyder at være en isoleret enspænder, som ikke føler, at kontakt med andre mennesker er besværet værd. Man fremtræder, og føler sig, upåvirkelig i forhold til omgivelserne, om end der kan være sjældne eksplosive følelsesudtryk. Moderne beskrivelser tegner et billede af mennesker, der har et fattigt og begrænset indre liv, både i forhold til følelser og tanker. Beskrivelserne minder om en mild udgave af den autistiske side af skizofreni: tilbagetrækning, en overfølsomhed overfor kontakt, som hos skizofrene kommer til udtryk som ubehag ved at andre ser dem i øjnene, og tilsvarende hos den skizoide kommer til udtryk ved et stærkt ubehag ved at andre taler med dem eller viser nogen form for interesse. Ældre beskrivelser af skizoide betegner imidlertid et skarpt skel mellem en på overfladen kold og ligeglad person, uden seksualdrift og kontaktbehov; og på den anden side et boblende kaos under overfladen, med en såkaldt "ujævn moral": på den ene side stærke moralske forestillinger, på den anden side stærk moralsk nihilisme, en ekstrem følsomhed, voyeurisme og perversioner, og udtalt kynisme.<sup>2</sup>

**Schizotypisk** personlighed betegner en kaotisk, stærkt egenartet tænkning, og et aparte følelsesliv. Den beskrives som "Et vedvarende mønster af social og

---

<sup>2</sup> Akhtar, S. (1987): Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*. XLI:499-518

interpersonel mangel markeret af akut ubehag ved, og reduceret evne til, nære relationer, sammen med kognitive og perceptuelle forvrængninger og excentrisk adfærd.” Man kan sige, at hvis skizoid personlighed er den autistiske side af skizofrenien i en mild udgave, så er skizotypi den psykotiske side af skizofrenien i en mildere udgave. Skizotypi er forbundet med egentlige tankeforvrængninger og spring i logikken, så andre kan have svært ved at følge tænkningen. Socialt er skizotype lige så isolerede som skizoide, idet der dog kan være enkelte familiemedlemmer eller andre, som den skizotypale har kontakt med. Det skal bemærkes, at det internationale klassifikationssystem for diagnoser, ICD-10, opfatter skizotypi som en egentlig sindslidelse, og ikke som en personlighedsforstyrrelse. Skizotypi betegner en form for overgangsform mellem normal tænkning og skizofreniens ustabile verdensbillede.

## Gruppe B. De vilde typer

De vilde typer er typer, der har vanskeligheder med impuls kontrol, som er udadvendte og som oftest pågående. På listen står antisocial, borderline, histrionisk og narcissistisk personlighed. De rummer alle fire elementer af udadreagerende strategier, hvor man udviser aggression imod andre for at håndtere sit indre kaos. I en vis forstand betegner gruppe B variationer over temaet ”den evige teenager”.

**Antisocial** personlighed er et mønster af vedvarende uansvarlighed, fravær af respekt for andres rettigheder, og aggression som strategi for at overleve psykisk. Mennesker med antisocial personlighed er næsten altid erkendt kriminelle med fængselsdomme bag sig. Som hovedregel er der tale om personer, der har modtaget deres første dom inden 20-årsalderen. Man antager, at de sjældent oplever skyldfølelser, men nok så karakteristisk er imidlertid, at antisociale sjældent lader skyldfølelser afspejle sig i adfærden. Som hovedregel har personer med antisocial personlighed et godt blik for deres egne gevinster, og når de ser, at de kan få noget ud af at ”spille spillet”, så kan de sagtens engageres i behandling. Der er overlap imellem antisocial personlighed og borderline personlighed og paranoid personlighed.

**Borderline** personlighedsforstyrrelse er en forstyrrelse, der er karakteriseret ved vedvarende følelsesmæssig ustabilitet. Personer med borderline personlighed har det næsten altid dårligt på forskellige mål for psykisk forstyrrelse, som depression, angst, eller generelle symptomskalaer. Der er undersøgelser af borderlinepersonlighedens tankegang som kan illustrere hvad der specielt karakteriserer borderline frem for andre personlighedsforstyrrelser:<sup>3</sup> ”Ubehagelige følelser vil vokse og vokse, og til sidst komme ud af kontrol.” ”Ethvert tegn på spænding i et forhold viser, at forholdet er kommet på vildspor. Derfor bør jeg afbryde forholdet.” ”Jeg er hjælpeløs hvis jeg bliver overladt til mig selv”. ”Jeg kan ikke klare ting, som andre kan.” ”Jeg kan ikke stole på andre mennesker.” ”Jeg må være på mærkerne hele tiden.”

Borderline personlighed overlapper meget med de øvrige forstyrrelser, især med paranoid, antisocial, undgående og dependent personlighed. Nogle har argumenteret for, at der er tale om en tværgående ”forstyrrelsesfaktor” eller ”sårbarhedsfaktor”, frem for om en bestemt, afgrænset forstyrrelse.

**Histrionisk** personlighed er en udadvendt, seksualiserende personlighedstype, som regulerer selvfølelsen igennem at sætte sig selv i centrum og skabe opmærksomhed omkring sig selv og sin egen krop. At være histrionisk indebærer, at man opleves som overfladisk af andre, men selv føler at der er en intens og levende kontakt. En del af

---

<sup>3</sup> Butler, A.C., Brown, G.K., Beck, A.T., Grisham, J.R. (2002): Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40:1231–1240

mønsteret er meget hyppige seksuelle kontakter, og ikke altid at se konsekvenserne af sine handlinger. Histrionisk personlighed er forbundet med tilbagevendende utroskab i parforhold. Histrionisk personlighed overlapper i meget høj grad med narcissistisk personlighed, muligvis især fordi de deler kombinationen af en tårnhøj selvtillid med et lavt selvværd: ”Jeg er spændende, åben, intelligent, begavet og smuk” men ”jeg føler mig i al hemmelighed som et ubrugeligt nul”.

**Narcissistisk** personlighed beskriver et træk, som er karakteriseret ved selvovervurdering, en følelse af at være blevet urimeligt behandlet af tilværelsen. Narcissister har en stærk følelse af at være omgivet af personer, der er dårligere begavet end de selv. De oplever sig selv som værende gode i kontakten med andre mennesker, åbne og kreative, men undervurderede og svigtede. I modsætning til de histrioniske oplever narcissister sig forholdsvis ligeglade med andre menneskers følelser.

### **Gruppe C. De ængstelige typer**

De ængstelige typer deler en fornemmelse af at verden er truende og at det gælder om at passe på sig selv, og bevare en eller anden form for kontrol. Samtidig kan ængstelige typer beskrives som ”traditionelt neurotiske”. Som gruppe betegner de den mest normale del af spektret af personlighedsforstyrrelser, og tilstedeværelsen af især dependent personlighed er forbundet med god fastholdelse i behandling.

**Undgående** personlighed er karakteriseret ved en generel skyhed og forsigtighed i tilværelsen generelt. Undgående personer er både konfliktsky og forsigtige, ønsker ikke forfremmelser i arbejdslivet, men selv om de kan blive socialt isolerede, håber de inderst inde, at de kan komme i kontakt med omgivelserne. Derved adskiller de sig fra de skizoide, der en gang for alle har opgivet at det skulle give nogen form for mening at danne relationer til andre mennesker. Undgående personlighed er svær at skelne fra social fobi. Principielt er forskellene, at undgående personlighed er karakteriseret ved at være mere generaliseret (man undgår ikke kun andre mennesker, men også nye situationer, at skulle træffe beslutninger), og at mennesker med social fobi er bevidste om, at deres ængstelse er urimelig og ude af trit med virkeligheden.

**Dependent** personlighed er karakteriseret ved en stærk mangel på tro på egen evne til selv at klare tilværelsen, og en tilsvarende tro på, at andre, eller måske særligt én bestemt person eller ét bestemt tilhørsforhold, kan give den fornødne tryghed til at klare hverdagens strabadser. Med forstyrrelsen følger uselvstændighed, vanskeligheder ved at træffe beslutninger selv, men også en vilje til at tage imod hjælp og støtte, som gør at behandling er mulig.

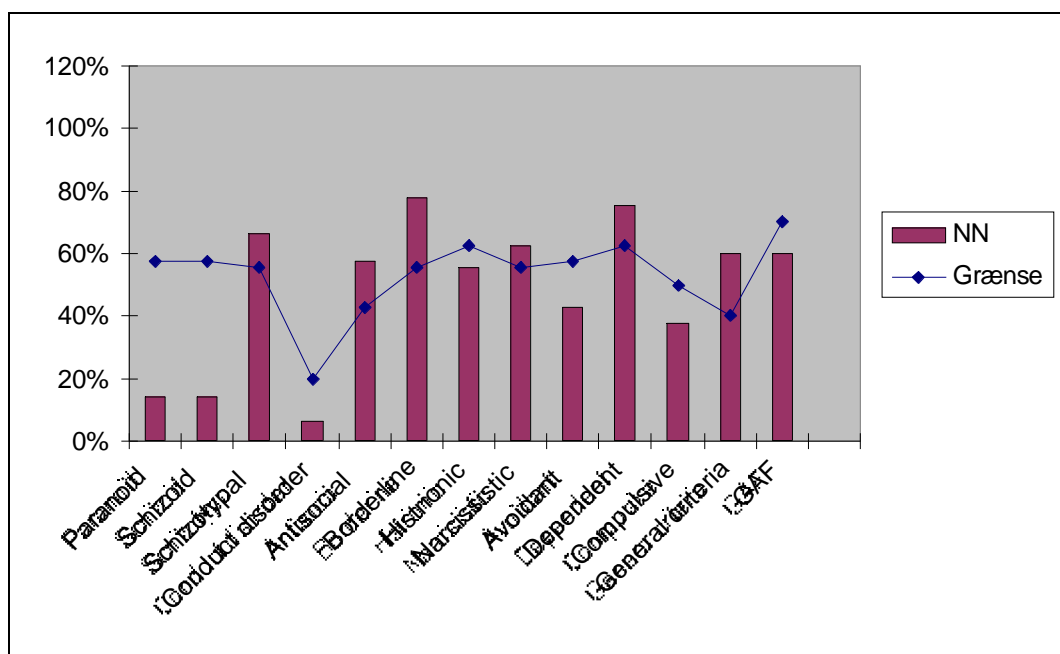
**Tvangspræget** personlighed er karakteriseret ved rigiditet og kontrol som en måde at takle tilværelsen på. Tvangspræget personlighed i sin egentlige form er uhyre sjælden blandt alkohol- og stofmisbrugere, selv om der kan være enkelte træk hos nogle klienter.

## En eller flere?

Siden udgivelsen af DSM-III-r i 1987 har man opereret med mere end 1 diagnose som personlighedsforstyrrelse. Visse undersøgelser har vist, at mange patienter får 4-6 ud af 10 mulige diagnoser, når de eksempelvis bliver undersøgt ved hjælp af interviews eller spørgeskemaer.<sup>4</sup> Af 146 misbrugere undersøgt med DIP-Q var det således hele 44%, der fik hele 4 diagnoser eller flere.

Det giver naturligvis problemer med tolkning af diagnosen, når der er mere end én diagnose, der kan sættes på den samme person. I DSM-III-r og DSM-IV har man forsøgt at løse problemet ved at lade én diagnose være primær, og de øvrige være sekundære. Et andet alternativ er imidlertid at lade være med at anvende diagnoser, og i stedet anvende profiler.

Man kan enten sige, at der må være én, og kun én, diagnose, der er den mest betydningsfulde, som er den egentlige patologi. Men vælger man at anvende flere diagnoser, kan man bruge landskabsmetaforen: et bjerglandskab kan også indeholde skov, det kan endda være dækket af skov; eller det kan indeholde dybe fjorde og lange kystlinjer, og alligevel stadig være et bjerglandskab. Her betragter man altså den enkelte diagnose som en beskrivelse, der ikke udelukker andre beskrivelser, men som dog påvirker dem. Man kan sige, at et kystområde i form af dybe fjorde er ikke det samme som et kystområde ved fladt land. Men det er dog stadig meget informativt at vide, at der er tale om et kystområde og et bjergområde.



Herover ses et eksempel på en sådan profil. Hver forstyrrelse udgøres af en søjle, og grænsen for diagnosen er sat som en kurve henover grafen. På den måde kan vi se, at personen her ville få 4 diagnoser: skizotypal, antisocial, borderline, narcissistisk og

<sup>4</sup> Morey L.C.: Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *Am J Psychiatry* 1988; 145:573-577

Bell E., Jackson D.: The structure of personality disorders in DSM-III. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:279-287

Oldham J.M., Skodol A.E., Kellman H.D., Hyler S.E., Rosnick L., Davies M.: Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 1992; 149:213-220



dependent personlighed. Generelle kriterier betegner den pågældendes bekymring for sig selv, og GAF betegner vedkommendes beskrivelse af, hvor godt han selv har fungeret i de sidste 12 måneder.

En anden fortolkning end at "tælle diagnoser" er at sige, at vi har at gøre med en person, som har problemer på en lang række områder, og som sandsynligvis har haft et meget svært liv. Vi ser også, at skizoid personlighed er lav, og at dependent er høj, hvilket til sammen burde gøre, at han er mulig at fastholde i et behandlingsforløb: han er ikke sky, og tåler sandsynligvis i rimelig grad kontakt, men er også følsom og speciel, og har tendens til at overvurdere sig selv. Endvidere er det bemærkelsesværdigt, at ingen af søjlerne er ekstremt høje. Der er altså ingen forstyrrelser, hvor denne person opfylder alle eller næsten alle kriterier.

### **Hvilke metoder skal man anvende for at få viden om en bestemt klients personlighedsforstyrrelser?**

At få viden om en bestemt klients grad og art af personlighedsforstyrrelse er ikke nogen enkel sag. Der findes en række spørgeskemaer. På dansk findes DIP-Q og MCMI-III. Disse spørgeskemaer siger i bedste fald noget om, hvad klienten selv oplever. Visse dele af personlighedsforstyrrelser har klienter dog ofte selv svært ved at vurdere. Men hvor skal man så gå hen for at få noget at vide om klienters personlighedsforstyrrelser, og hvilken rolle skal spørgeskemaer spille?

En udbredt, men krævende og bekostelig, metode er at henvende sig til familiemedlemmer, og interviewe dem om personen. Dette gøres typisk med et struktureret interview, der er specielt tilpasset netop til dette formål. Den forskning, der findes om sådanne interviews viser følgende:

- Der er på visse områder rimelig overensstemmelse mellem selvvurdering og familiemedlemmers vurderinger, men ikke på alle. Antisocial, borderline og histrionisk personlighedsforstyrrelse synes at være de forstyrrelser, hvor der generelt er den bedste overensstemmelse.<sup>5</sup>
- I en undersøgelse med deprimerede misbrugere, der blev fulgt 7\_ år efter behandling, var familiemedlemmers vurdering bedre til at forudsige socialt funktionsniveau, mens selvvurdering var bedre til at forudsige fortsatte symptomer på depression. Selvrapporterede symptomer var bedre på paranoid og schizoid personlighed, mens pårørendes vurdering var mere relevante for resultatet på histrionisk, undgående og tvangspræget personlighed. På borderlinepersonlighed var de to lige gode.

Men familiemedlemmer er bekostelige at anvende til at vurdere personlighedsforstyrrelser. Alternativt kan man forsøge at anvende behandlere til at vurdere personlighedsforstyrrelser.

Generelt synes det som om kliniske diagnoser, der baserer sig på behandlingskontakten uden brug af noget struktureret redskab underdiagnosticerer de fleste personlighedsforstyrrelser, og giver et for unuanceret billede. Richard Rogers har påpeget, at det i undersøgelser hyppigt viser sig, at almindelige og velkendte psykiske vanskeligheder, herunder personlighedsforstyrrelser bliver

---

<sup>5</sup> Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 300–311.

overdiagnosticeret, på bekostning af sjældnere tilstande.<sup>6</sup> Rogers påpeger ligeledes, at klinikere ofte afslutter deres diagnostiske overvejelser, når de er nået frem til den første relevante diagnose, og derfor overser yderligere vanskeligheder.

I en undersøgelse, under Center for Rusmiddelforskning med 93 stofmisbrugere, hvor DIP-Q blev anvendt, blev det fundet, at behandleres vurdering stemte lige så godt (eller skidt) overens med selvsvurdering, som man typisk finder for familiemedlemmer. Når flere behandlere vurderede den samme patient steg enigheden mellem behandlere og klienter.

Behandlerne anvendte en vurderingsskala (vedlagt som bilag 1). Der findes en del forskning som tyder på, at sådanne vurderinger kan blive yderligere forbedret ved at blive suppleret med journalmateriale.

Den bedste overensstemmelse mellem behandleres og klienters vurdering af personlighedsforstyrrelser ligger på antisocial, histrionisk og borderline personlighedsforstyrrelse.

Men hvilke type af behandlere skal man spørge om hvad? Foreløbige data fra Center for Rusmiddelforskningens undersøgelse tyder på, at psykologer er bedre end andre socialrådgivere og socialpædagoger til at vurdere paranoid, schizoid, undgående og dependent personlighed, men dårligere end andre behandlere til at vurdere schizotypisk, antisocial, narcissistisk og tvangspræget personlighed. På borderline og histrionisk personlighed blev der ingen forskel fundet. Selv om disse forskelle muligvis kun gælder psykologer i forhold til andre, så er det også tænkeligt, at forskellen har noget med behandlingsopgaven at gøre. Er en behandler således ansvarlig for at sørge for en patients psykoterapi, er det sandsynligt, at behandleren vil have et godt indblik i patientens oplevelse af at være sårbar, usikker på andre mennesker, utryk ved dem, eller omvendt føle trang til beskyttelse og omsorg; til gengæld er det måske ikke så let at vide, om patienten har aggressive, besværlige, dominerende og kontrollerende sider. Derfor er det særligt vigtigt at huske, at der ikke er nogen særlig kilde til at beskrive personlighedsforstyrrelser, der er alle andre overlegen.

## **Særlige problemer**

### ***Psykopati, dyssocial personlighed, og antisocial personlighed***

Historisk har én af personlighedsforstyrrelserne andre rødder end de øvrige; denne eller disse personlighedsforstyrrelser kan vi kalde psykopatigruppen.

Psykopatibegrebet er arvtageren til gamle begreber som ”kronisk recidivist” og ”vaneforbryder”, der i fængselsvæsenet betegnede den person, som gentagne gange blev dømt for forbrydelser. Det har ligeledes rødder i et ældre begreb ved navn ”moralsk vanvid”, som betegner en person, hvis dømmekraft og evne til at tænke og forstå er intakt, men hvis evne til at foretage moralske vurderinger er forstyrret.

Der findes to hovedgrupper psykopatigruppen: den ene er karakteriseret ved en meget adfærdorienteret beskrivelse, og den anden ved i høj grad at beskrive basale personlighedsegenskaber, det vi kan kalde de kernepsykopatiske egenskaber.

---

<sup>6</sup> Rogers, R. (2003). Standardizing DSM-IV Diagnoses: The Clinical Applications of Structured Interviews. *Journal of Personality Assessment*, 81(3): 220-225.

Den adfærdorienterede beskrivelse kan eksemplificeres ved DSM-IV antisocial personlighed, mens de mere kernepsykopatiske træk er beskrevet i Hares psykopatibegreb og ICD-10s dyssociale personlighed.

## Skema over psykopatiopfattelser

DSM-IV antisocial personlighed	Hare Psykopati	ICD-10 dyssocial personlighed
<p>Gentagne handlinger, som kan føre til arrest,</p> <p>Løgnagtighed</p> <p>Impulsivitet,</p> <p>Irritabilitet og aggressivitet,</p> <p>Hensynsløshed med hensyn til egen og andres sikkerhed,</p> <p>Uansvarlighed i forhold til job og finansielle forpligtelser,</p> <p>Mangel på evne til at føle anger</p> <p>Adfærdsforstyrrelse før det fyldte 15. år</p>	<p>Glat/overfladisk charme</p> <p>Grandios følelse af eget værd</p> <p>Har brug for stimulering og keder sig let</p> <p>Patologisk løgner</p> <p>Er bedragerisk eller manipulerende</p> <p>Mangler anger eller skyldfølelse</p> <p>Udviser hule og overfladiske følelser</p> <p>Er kold og mangler empati</p> <p>Lever på nas</p> <p>Har dårlig adfærdskontrol</p> <p>Udviser promiskuøs seksuel adfærd</p> <p>Har tidligt haft adfærdsproblemer</p> <p>Mangler realistiske langsigtede mål</p> <p>Impulsivitet</p> <p>Uansvarlighed</p> <p>Vil ikke tage ansvar</p> <p>Har haft mange kortvarige ægteskaber</p> <p>Har været ungdomskriminel</p> <p>Har overtrådt vilkår for prøveløsladelse</p> <p>Er en fleksibel kriminel med stor tilpasningsevne</p>	<p>Kold ligegyldighed og fravær af empati,</p> <p>Vedvarende uansvarlighed og ligegyldighed overfor normer,</p> <p>Fravær af evne til at danne varige relationer,</p> <p>Lav frustrations- og aggressionstærskel,</p> <p>Let ved at rationalisere og skyde skylden på andre,</p> <p>Vedvarende irritabilitet.</p>

Som det ses overlapper de to sidste ved primært at fokusere på den kernepsykopatiske side, mens den første mere beskriver en kriminel livsstil.

I praksis er der dog et ganske betydeligt overlap mellem de to sider af psykopatigruppen. Nogle forskere peger på, at DSM-IV ikke fungerer så godt i fængselsammenhænge, fordi der er alt for mange blandt indsatte, der lever op til

kriterier. Til gengæld peges der på, at de egentlige kernepsykopatiske træk er ret sjældne i grupper af mennesker i behandling, også mennesker i misbrugsbehandling. Dyssocial personlighed er dog omtrent lige så almindelig blandt stofmisbrugere som antisocial personlighed.

Der er efterhånden enighed om, at med vores nuværende viden er en meget stærk tilstedeværelse af kernepsykopatiske træk en god indikator på farlighed og vedvarende kriminalitet, og et meget dårligt tegn for muligheden for at få effekt af behandling, mens åbenlyse antisociale træk snarere er en indikator for, hvilken behandling man har brug for. De stærkt antisociale profiterer typisk af en mere konfronterende, styrende stil, med en behandler, der er parat til at gå ind i nødvendige magtkampe og sætte grænser.

### ***Skizoid, skizotypisk og undgående personlighed***

En anden hovedgruppe, der ofte giver anledning til hovedbrud er schizoid, skizotypisk og undgående personlighed. De deler alle tre større eller mindre grad af social tilbagetrækning, og kan adfærdsmæssigt ligne hinanden.

Definitionsmæssigt adskiller de sig imidlertid markant:

Den skizoide personlighed er karakteriseret ved tilbagetrækning og isolation, både af nødvendighed og af ønske. Man kan sammenligne den med autisme ved skizofreni. Der er ikke tale om almindelig generthed, men om et udtalt ubehag, der fremkaldes af den blotte kontakt med andre mennesker, uanset om den opfattes som venlig og velvillig eller uvenlig og aggressiv. Under overfladen kan der være masser af dæmoner hos den skizoide, men de kommer meget sjældent frem. En del meget voldelige forbrydere har skizoid personlighed sammen med svære psykopatiske træk. Langt de fleste skizoide mennesker er dog ikke farlige!

Den skizotypiske personlighed er karakteriseret ved sære forestillinger, og mangel på stringens i tænkningen. Man kan sammenligne det med en mild udgave af psykotiske symptomer i skizofrenien. I ICD-10 er den da også som nævnt klassificeret som en egentlig sindslidelse. I de fleste spørgeskemaer og interviews er der en ret stærk sammenhæng mellem skizotypi og undgående personlighed.

Den undgående personlighed oplever modsat den skizoide tydeligt utilfreds med sin sociale isolation. Hvor den skizoide ikke føler noget savn efter kontakt, længes den undgående efter at blive mødt, forstået og hørt, men frygter bestandigt at være utilstrækkelig, og trækker sig derfor tilbage.

## Bedømmelse af klients personlighedsforstyrrelser

Navn	
Klientens alder (hvis dette ikke fremgik af DIP-Q)	
Klientens køn	
Vurdering er udført af behandler:	
Behandlerens uddannelse	
Dato:	/ -

Angiv ved at sætte ring om det rigtige tal, i hvor høj grad du mener klienten har det pågældende træk som beskrevet i boksen. Hvis du er i tvivl, konsulter da gerne oversigten over kriterier for hver diagnose.

	Ikke til stede				Middel til stede			Markant til stede			
<b>Paranoid</b> (på vagt, bærer nag, jaloux)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Schizoid</b> (tilbagetrukken, afsondret, flad affekt)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Schizotypal</b> (excentrisk, aparte enspændertype)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Antisocial</b> (kriminell, risikovillig, impulsiv)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Borderline</b> (sårbar, stærkt svingende relationer)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Narcissistisk</b> (høj selv vurdering, arrogant)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Histrionisk</b> (seksualiserende, overfladisk)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Undgående</b> (sky, forsigtig, begrænser sig)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Dependent</b> (hjælpeløs, tror på at andre kan bedre)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Tvangspræget</b> (kontrolleret, arbejdsom, stædig)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

### Observationer, som disse vurderinger bygger på:

Angiv de former for kontakt du har haft med klienten personligt.

Behandlingssamtaler	Ja	Nej
Ustruktureret miljøobservation	Ja	Nej
Gruppebehandling	Ja	Nej